

**EK - 3**  
**ASM VE AHB'İN OLAĞAN DIŐI DURUM, İHBAR VE ŐİKAYETLERİNDE KULLANILACAK**  
**DENETİM FORMU VE İNCELEME TUTANAĐI**

TARİH :

SAAT:

<b>İLİ / İLÇESİ</b>	...../.....									
<b>DENETLENEN</b>	<b>ASM</b>		<b>AHB</b>		<b>AH/ Geçici AH</b>		<b>ASE/ Geçici ASE</b>		<b>Diđer Personel</b>	
<b>DENETLENEN ASM / AHB ADI</b> (Denetlenen ASM veya AHB ise)							<b>TLF.NO.</b>			
<b>DENETLENENİN ADI - SOYADI</b> (Denetlenen AH/Geçici AH , ASE/Geçici ASE veya Diđer Personel ise)							<b>TLF.NO.</b>			
<b>DENETİMİN NEDENİ</b>										
<b>DENETLENEN KONU İLE İLGİLİ TESPİTLER</b> (Bulgu, Belge , Resim v.b.)										
<b>DENETİMDE TESPİT EDİLEN DİĞER EKSİKLİKLER / SORUNLAR</b>										
<b>TANIK / TANIKLARIN AD-SOYAD VE TELEFONU</b> (Varsa ve gerekli ise)										
<b>DENETİM EKİBİNİN DENETİM İLE İLGİLİ GÖRÜŐLERİ</b> (Denetim ekibinin görüŐüne göre iddianın gerçek olup olmadığı, gerçek ise yapılacak işleme esas denetim ekibi kanaatinin ne olduğu ...v.s. ?)										

**Denetim Ekip Başkanı**  
**Ad Soyad**  
**İmza**

**Denetçi**  
**Ad Soyad**  
**İmza**

**Denetlenen (ASM Yöneticisi/AH/ASE)**  
**Ad Soyad**  
**İmza**

**NOT:** Sağlık Müdürlüğü tarafından görevlendirilen denetim ekibince form doldurulacak ve Müdürlüğe (Aile ve Toplum Sağlığı Şubesi veya Disiplin Bürosuna) gönderilecektir.